FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1972

28 N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME - D'ÉTAT

par

**FRANÇOIS CAROLI**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
né le 16 mars 1945 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

## A PROPOS DES 2 TYPES DE CONDUITES D'AUTODESTRUCTION

## ABUS DE DROGUE ET SUICIDE

Président : M. le Professeur DENIKER

FACULTE DE MEDECINE SAINT - ANTOINE PARIS

ANNEE 1972 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme - d'Etat

par
François CAROLI
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine
né le : 16. 03. 45 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

# A propos des 2 types de conduites d'autodestruction
## Abus de drogue et suicide

Président : M. le Professeur DENIKER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT ANTOINE

:-:-:-:- :-:-:-:-:-

## Professeurs titulaires

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. ANDRE R. | Hematologie | MM. HUGELIN A. | Physiologie |
| BRISSAUD H. | Pédiatrie | LAPLANE R. | Pediatrie |
| BROCARD R. | Medecine | LE LORIER G. | Obstétrique |
| CAROLI J. | Médecine | LOEPER J. | Médecine expérimentale - Immunologie |
| CATINAT J. | Cardiologie | | |
| CERBONNET G. | Chirurgie | LOYGUE J. | Chirurgie |
| CHERIGIE Ed. | Radiologie | MAROIS M. | Histologie |
| CHIGOT P.L. | Chirurgie infantile | MERGER R. | Obstétrique |
| | | MILHAUD G. | Biophysique |
| CONTAMIN Fr. | Neurologie | NICK J. | Neurologie |
| CONTE M. | Médecine | ORCEL L. | Anatomie pathologique |
| DAGUET L. | Bactériologie | PERRAULT M. | Médecine |
| DEBRAY J. | Médecine | POLONOVSKI Cl. | Pédiatrie |
| FLABEAU F. | Chirurgie | POLONOVSKI J. | Biochimie |
| GERBEAUX J. | Thérapeutique | RICHET G. | Néphrologie |
| GOSSET J. | Chirurgie | WOLFROMM R. | Médecine |

## Professeurs sans chaire

:-:-:-:-:-:-:-

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. BRICOUT F. | Bactério-Virologie | MM. GOLVAN Y.J. | Parasitologie |
| CHALUT J. | Radiologie | LESTRADET H. | Pédiatrie |
| MMe CHAPUT A. | Stomatologie | PICARD J. | Biochimie |
| MM. DUHAMEL G. | Hématologie | ROUX Ch. | Embryologie |
| GIRARD F. | Physiologie | | |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0014

## Maîtres de Conférences

:-:-:-:-:-:-:-:-:

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | AKOUN G. | Médecine | |
| | ARDAILLOU R. | Physiologie | |
| | BAUX S. | Chirurgie | |
| | BOURY G. | Chirurgie | |
| | CHEYMOL G. | Pharmacologie | |
| | CHOUARD Cl. | O. R . L . | |
| | CLOAREC M. | Médecine | |
| Mme | COMBRISSON A. | Hématologie | |
| M. | COSCAS G. | Ophtalmologie | |
| | DAUTRY P. | Chirurgie | |
| | DECROIX G. | Pneumo-Phtisio | |
| | DELIGNE P. | Anesthésiologie | |
| | DOYON D. | Radiologie | |
| | DRY J. | Médecine | |
| | FOUET P. | Thérapeutique | |
| | GAUTIER H. | Physiologie | |
| | GRUNER M. | Chirurgie infantile | |
| | GUILMET Cl. | Anesthésiologie | |
| | GUIRAUDON G. | Anatomie | |
| | HERMAN D. | Médecine | |
| | HUGUET Cl. | Chirurgie | |
| | HUGUIER M. | Chirurgie | |
| MM. | LASFARGUES G. | Pédiatrie | |
| | LAUGIER A. | Radiologie | |
| | LEVY V.G. | Médecine | |
| | MALAFOSSE M. | Chirurgie | |
| | MENSCH B. | Biophysique | |
| | MERY J.Ph. | Néphrologie | |
| Mme | MIGNON Fr. | Néphrologie | |
| MM. | OPOLON J. | Médecine | |
| | PAQUELIN Fr. | O. R. L. | |
| | PIERON R. | Médecine | |
| | PISSARRO B. | Médecine Préventive | |
| | POULET J. | Médecine | |
| | RAMPINI Cl. | Biochimie | |
| | RICHARDET J.M. | PPédiatrie | |
| | ROLAND J. | Anatomie pathologique | |
| | SALAT J. | Obstétrique | |
| | SALMON Ch. | Hématologie | |
| | SANTARELLI J. | Obstétrique | |
| | WARGON H. | Médecine expérimentale | |
| | WEINMANN S. | BBiochimie | |

## Enseignants Associés

:-:-:-:-:-:-:-:-:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Professeur Associé | MM. | BLOCH-MICHEL H. | RRhumatologie |
| M. C. A. Associé | | ELIAKIS Em. | Médecine légale |

## Enseignants Contractuels

| | | |
|---|---|---|
| M. C. A. | M. KIRSCH F. | Physiologie biochimique |

## Chargés d'Enseignement

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. BENOIST | Rhumatologie | MM. DUNET | Endocrinologie |
| BRUEZIERE | Chirurgie infantile | LOFFREDO | Obstétrique |
| CRISTOL | Cardiologie | SALOMON | Rhumatologie |

## Attachés d'Enseignement

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. CASASSUS | Cardiologie | MM. HIVET | Chirurgie |
| COUVREUR | Thérapeutique | MIGNOT | Neurologie |
| DES LAURIERS | Neurologie | SAUVAN | Cardiologie |
| GALLOUEDEC | Pneumologie | VANNIER | Pneumologie |

Chargés d'enseignement

| | | |
|---|---|---|
| MM. BERNOIST | Rhumatologie | MME. DUMET Endocrinologie |
| BRUEZIERE | Chirurgie infan- tile | DUFRESNO Ostéotrique |
| CRISTOL | Cardiologie | SALOMON Thumatologie |

Attachés d'enseignement

| | | |
|---|---|---|
| MM. GASSAGNE | Cardiologie | MM. HIVERT Chirurgie |
| COUVREUR | Thérapeutique | MIGNOT Neurologie |
| DES LAURIERS | Neurologie | SAOVAS Dermatologie |
| GAILLOUEDEC | Pneumologie | Mme. Pneumologie |

M. [illegible]

Chargés d'enseignement

| | | |
|---|---|---|
| MM. BERNOIST | Rhumatologie | MME. DUMET Endocrinologie |
| BRUEZIERE | Chirurgie infan- tile | DUFRESNO Ostéotrique |
| CRISTOL | Cardiologie | SALOMON Thumatologie |

Attachés d'enseignement

| | | |
|---|---|---|
| MM. GASSAGNE | Cardiologie | MM. HIVERT Chirurgie |
| COUVREUR | Thérapeutique | MIGNOT Neurologie |
| DES LAURIERS | Neurologie | SAOVAS Dermatologie |
| GAILLOUEDEC | Pneumologie | Mme. Pneumologie |

A mon père : Jacques CAROLI

A ma mère

A tous les miens

A Monsieur le Professeur Pierre DENIKER
Professeur de psychiatrie à la faculté de Paris
Médecin des hopitaux
Chef de service à l'hopital Sainte Anne
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et me fait le grand honneur
de la présider

Qu'il trouve ici le témoignage
de ma respectueuse admiration

A mon Maître

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER
Professeur de clinique toxicologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux

Dans le service de qui j'ai eu
l'honneur et le plaisir de travailler

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de ma reconnaissance pour son enseignement et l'accueil qu'il m'a toujours réservé.

Au Docteur Jean-Pierre SOUBRIER
Chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'infirmerie psychiatrique

En remerciement de l'aide qu'il m'a apporté tout au long de ce travail

Qu'il trouve ici l'expression de mon anitié reconnaissante

A Madame le Docteur Chantal BISMUTH

Chef de clinique

Assistante à la faculté de Paris

A Monsieur le Docteur Claude PIVA

En remerciement de son aide et de

l'accueil qu'il m'a réservé

Au personnel de l'hôpital Fernand WIDAL

En remerciement de leur amicale
collaboration

A mes Maîtres d'externat

Monsieur le Professeur Jean CAUCHOIX
Professeur à la faculté de Médecine de Paris
Membre de l'académie de chirurgie

Monsieur le Docteur Jean DEMIRLEAU
Chirurgien des hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté

Qu'il soit remercié de l'accueil
qu'il m'a toujours réservé et de
l'admiration qu'il a suscité chez moi

Monsieur le Docteur Daniel MAHOUDEAU
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin d'hôpitaux

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER

A mes Maîtres d'internat

Monsieur le Docteur Pierre SEVESTRE
ex-chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Médecin des hôpitaux psychiatriques
qui m'a initié à la psychiatrie

Monsieur le Docteur Michel SCHWEICH
Médecin chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine
qu'il soit remercié de l'accueil bienveillant qu'il
continue de me réserver au sein de son équipe

Au Docteur Alain PLANTADE
Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Psychiatre des hôpitaux
Médecin assistant à la fondation Vallée

En toute amitié

# I N T R O D U C T I O N

# I - AVANT-PROPOS

La poussée de toxicomanie à laquelle on assiste actuellement tteint une tranche précise de la population: les jeunes.

Elle s'inscrit dans le cadre des comportements pathologiques e l'adolescent où jusqu'à ces dernières annnées le suicide retenait ne grande part de l'attention. En effet, le suicide représente la euxième de mort de 20 à 24 ans entre accident et cancer.

Par ailleurs nombre de ces sujets, qu'ils soient toxicomanes u suicidants, présentent un profil psychologique identique en de nom-reux points: que ce soit dans leurs antécédents familiaux ou person-nels, que ce soit dans la personnalité même.

Nous nous sommes dons posé le problème de la toxicomanie en tant que conduite d'autodestruction, voire d'équivalent suicidaire.

## II - CE QU'ON ENTEND PAR TOXICOMANIE ET SUICIDE

### I- La toxicomanie

Nous employons au cours de cette étude maintes fois le terme toxicomanie" ou "toxicomane". Ils risquent de donner lieu à certaines uivoques.

En I945 A. POROT définit la toxicomanie:"on appelle toxicomanie appetence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour es drogues dont ils ont connu ou recherché volontairement l'effet nalgésique, euphoristique ou dynamique;
ppetence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîe presqu'inévitablement l'augmentation des doses."

Cependant certaines drogues ne donnent pas lieu à une dépendance, par exemple: le hachisch,la marijuana et surtout le LSD25 (acide) ui est précisément celle qui provoque le moins de dépendance.

L'O M S a proposé:"La toxicomanie est un état d'intoxication ériodique ou chronique caractérisé par:
Un désir insurmontable de prendre de la drogue et de l'obtenir par ous les moyens.
Une tendance à augmenter les doses
Une dépendance physique et psychique
L'apparition d'un sydrome d'abstinence avec symptomatologie somatique et psychique en cas d'interrruption soudaine de la consommation.
Des effets nocifs pour l'individu ou la société.

Là encore certaines substances ne rentrent pas dans ce cadre: le cannabisme et le LSD25 après sevrage même brusque n'entraînent pas un syndrome de manque.

L'O M S propose ensuite devant des équivoques le terme de pharmacodépendance:"Etat de dépendance psychique et physique ou les deux à la fois vis à vis d'un produit et survenant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de ce produit"

Le mot dépendance parait en effet plus adapté car il renvoie à la personnalité du sujet qui comble un vide, voire un manque. Nous verrons que ce manque fait référence au plaisir.

Nous reprendrons les termes de M. Hanus:"La toxicomanie est la dépendance de certains sujets utilisateurs de drogue vis à vis de ces substances dont l'effet est le seul plaisir profond qu'ils connaissent, ce pourquoi ils ne peuvent s'en passer sans souffrance".

2-Le suicide

L'Abbé des Fontaines en I737 définissait le suicide comme le "meurtre de soi-même". Plaçant ainsi l'acte suicide dans le champ de la morale et de la religion.

Les psychiatres reprennent cette théorie en proposant le statut de malade mental à toute personne ayant tenté un suicide(Esquirol I839)

A la fin du XIX° siècle, DURCKEIM souligne l'importance de l'environnement social du suicidant.

Actuellement, avec les travaux de H. EY, G.DESHAYES, J.VEDRINNE A.HAIM, on envisage d'une part la situation suicide, d'autre part la conduite suicide compte tenu de la multiplicité des facteurs déterminants.

Les recherches s'orientent vers les causes du suicide et surtout sa prévention, voire sa "postvention";dans le cadre d'une branche nouvelle:"la suicidologie". Citons le groupement français de prévention du suicide à Lyon (VEDRINNE)et à Paris à l'hôpital Fernand Widal (SOUBRIER)

III - ABUS DE DROGUE ET SUICIDE,

Depuis 1905, époque où FREUD attira l'attention sur l'importance de l'érotisme oral chez les sujets ayant une forte propention à boire et à fumer, de nombreuses contributions ont été apportées à la question de la toxicomanie.

RADO et FENICHEL ont confirmé les observations de FREUD en ce qui conce rne les facteurs oraux. SIMMEL a relié le narcissisme à la toxicomanie. ABRAHAM a reconnu l'importance des facteurs agressifs.

Enfin FREUD, RADO, SIMMEL ont mis l'accent surr l'apport entrec la toxicomanie et la dépression.

Ainsi ces publications psychanalitiques importantes ont paru avant I939.En effet,le traitement analytique a été reconnu de la toxicomanie comme un problème très ardu.

Ce n'est qu'en I959 que H. ROSENFIELD souligne que le Moi du toxicomane est faible, n'a pas la force de supporter les souffrances d'une dépression et a facilement recours au mécanisme maniaque à l'aide de la drogue. Ainsi la toxicomanie se trouve rapprochée des conceptions de Mélanie KLEIN en ce qui concerne dans la première enfance la "position dépressive" et la situation "paranoïdo-schizoide". Le mécanisme rejoindrait la défense maniaque comme une lutte contre les mécanismes dépressifs.

Plus récemment(I97I) COLONNA insiste sur l'angoisse de mort du toxicomane actuel et sur le refuge narcissique que représente la prise de toxique en tant que défense. Il montre certains aspects suicidaires de la toxicomanie en décrivant l'oralité, le narcissisme corporelet l'auto-agression qu'on rencontre chez ces sujets.

On peut donc se demander si on peut déceler des analogies en ce qui concerne les personnalités voire les structures des toxicomanes et des suicidants; et surtout si cela peut avoir des conséquences sur les soins qu'on peut leur proposer.

# RISQUE SOMATIQUE

# DANS

# LA TOXICOMANIE

La drogue est un fléau tant physique que psychique, les mass media ne cessent de le répéter ; et cela de plus en plus.

Cependant, il apparait difficile de situer où se trouve exactement le danger, et par là même ce qui pourrait le rendre attirant.

La mort physique, survenant après une longue déchéance intellectuelle semble être le risque le plus grand.

## I ESSAI D'EVALUATION DU RISQUE DE MORT CHEZ LES TOXICOMANES.

### 1) Statistiques officielles.

(renseignements fournis par l' I. N. S. E. R. M.)

Décés parmi les toxicomanes pour l'ensemble du territoire français.

| | Drogue pour cause principale | Drogue pour cause associée |
|---|---|---|
| 1966 | 8 | 5 |
| 1967 | 7 | 1 |
| 1968 | 0 | 9 |
| 1969 | 4 | 16 |
| 1970 | 8 | 35 |
| 1971 | non encore paru | non encore paru |

2) Validite.

Ces cas sont en général ceux retransmis par la presse ; les plus spectaculaires, qui se produisent dans les lieux publics après des accidents de dosage.

Il est bien entendu que ces chiffres ne peuvent prétendre donner la moindre indication quant au nombre des toxicomanes qui ont trouvés la mort. Pourtant on doit remarquer le peu de cas relevés officiellement jusqu'à présent ; ce qui va à l'encontre de la politique actuelle en maniére de drogue; qui tend par une information parfois tapageuse à en souligner largement les effets auprés de l'ensemble de la population.

Pour avoir des renseignements exacts, on se heurte à une opposition formelle de la part des familles où est survenu un décés de ce genre. Il est donc rare que la cause réelle de la mort soit indiquée sur les certificats. Quant aux médecins appelés à faire le constat, il lui est sans soute difficile d'aller à l'encontre de la volonté de la famille.

Nous nous trouvons donc devant un cas similaire à celui du suicide ; la mort par toxicomanie est une mort honteuse, peut-être plus que dans le cas du suicide.

Cela indique pour le moins une prise de conscience d'une part de responsabilité par l'entourage, si ce n'est le signe d'une culpabilité qui est sans doute plus consciente dans le cas du suicide.

Ainsi il est trés difficile de situer le nombre de toxicomane morts par abus de drogue ou par les méfaits d'un toxique. On peut cependant penser qu'ils sont peu nombreux. Que représent - ils en France par rapport à l'ensemble de la population des drogués ce qui revient à essayer de déterminer le nombre de toxicomanes.

## II ESSAI D'EVALUATION DU NOMBRE DE TOXICOMANES

Nous avons pour cela, de source officielle le nombre de sujets hospitalisés dans les hopitaux possédant un service de psychiatrie, et le nombre d'individus interpellés par la police et reconnus comme toxicomanes.

### 1) Nombre d'hospitalisation

(renseignements fournis par l'I. N. S. E. R. M.)

ensemble des hospitalisations pour toxicomanie au cours de l'année 1969.

- 387 hommes
- 237 femmes

Soit respectivement 0, 32% et 0, 2% de l'ensemble des hospitalisations dans les établissements psychiatriques. Ce chiffre étant calculé sur le nombre des sorties.

Nombre des hospitalisations pour toxicomanie au cours de l'année 1969

349 hommes

208 femmes

Soit 0, 5% et 0,3% de l'ensemble des admissions

Certains malades ont pu être hospitalisés

2) Ages des interpellés.

NOMBRE D'INTOXIQUES INTERPELLES DE 1965 à 1969

REPARTITION PAR AGE

Source : Ministère de l'Intérieur

| Année / Age | 1965 | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 |
|---|---|---|---|---|---|
| Moins de 2o ans | 6 | II | 26 | 58 | 186 |
| 20 à 34 ans | 36 | 38 | 109 | 119 | 693 |
| 35 à 49 ans | 15 | 25 | 12 | 24 | 91 |
| 50 ans et plus | 3 | 8 | 8 | 6 | 24 |
| Ensemble | 60 | 82 | 155 | 207 | 994 |

3) Toxiques employés par les interpellés.

NOMBRE D'INTOXI UES INTERPELLES DE 1965 à 1969

REPARTITION PAR NATURE DE DROGUE

Source : Ministère de l'Intérieur

| Année / Nature de drogue | 1965 | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 |
|---|---|---|---|---|---|
| Opium | - | 4 | 5 | 12 | 9 |
| Morphine | 2 | - | 7 | 2 | 13 |
| Héroïne | 20 | 16 | 35 | 23 | 182 |
| Cannabis | 37 | 31 | 99 | 154 | 685 |
| Cocaïne | - | - | - | 1 | 4 |
| LSD | - | - | - | - | 16 |
| Produits pharmaceutiques divers | 1 | 31 | 9 | 15 | 85 |

4) Essai d'approche.

Là encore, il parait difficile d'évaluer le nombre de drogués en France sur la simple considération de ces chiffres.

a) L'augmentation du nombre de drogués :

Ce ne sont surement pas le chiffre des interpellétions qui prouvent l'augmentation du nombre des drogués. Certes ces interpellations sont de plus en plus nombreuses, mais cela démontre aussi bien l'ampleur croissante des moyens mis en oeuvre pour la répression.

b) Le nombre des drogués :

Les interpellations et les hospitalisations ne recouvrent qu'une partie des toxicomanes ; il s'agit souvent des mêmes sujets.

Quant aux consultations il s'avére que chacune recouvre en grande partie les mêmes patients que les autres.

Un grand nombre des toxicomanes ne seraient jamais connus des organismes officiels (judiciaire ou de la santé). Quant à ceux qui sont connus, ce sont toujours les mêmes qu'on revoit.

c) Evaluation :

Il ne reste plus aux organismes qu'à tenter une évaluation . Celle généralement adopté revient à dire qu'un toxicomane sur cinq est connu.

Se basant sur ce calcul, on comptait en 1969 : 6 000 toxicomanes officiellement (comission des affaires culturelles, familial et sociales, premiére session de l'assembléd Nationale 1969 _ 1970).
Il semble que ce chiffre soit largement dépassé à l'heure actuelle. (de l'ordre de 50 à 100 fois plus important) Olivenstein estime à 25 000 environ le nombre de jeunes intoxiqués en France.

Nous signalons comme référence qu'en France, ces derniéres années, on compte 10 000 malades par an qui meurent des suites de cirrhoses alcooliques.

Outre le risque de la mort, si difficiles à déterminer, le risque somatique est tout aussi important et même s'en rapproche quant au vécu du toxicomane.

## III LE RISQUE SOMATIQUE

### 1) Etude somatique

Dans un article récent qui comporte 80 observations faites à l'hopital Fernand Vidal : les auteurs remarquent ( Gauthier, Bismuth et coll...) :

a) L'opium absorbé par voie naturelle permet une accoutumance exeptionnelle au corps humain ; qui peut être de vingt à cent fois supérieure que chez le sujet sain.

b) Les héroïnomanes sont pratiquement les seuls à faire les

frais des accidents de surdosage ; cela est dû le plus souvent à l'ignorance du produit qu'ils injectent. Par ailleurs, c'est surtout chez eux que la désocialisation est la plus évidente, de même que la psychodépendance.

Cet article ne comporte pas les cas d'addiction aux amphétamines.

Les auteurs concluent : "La responsabilité directe (du toxique dans les complications somatiques) apparait réduite par rapport au caractére clandestin des opiacés et de la personnalité pathologique des sujets."

Sur ces 80 malades, on compte deux morts : l'un d'une insuffisance hépatique grave ; l'autre de pancréatite aigue aprés ingestion massive d'alcool.

C'est peut être dans ce genre de décompensasion que se situe un des plus grands risques somatiques ; et cela par un état grandissant d'incurie.

2) L'incurie.

Il est classique de décrire les toxicomanes comme une faune plus ou moins propre aux cheveux plus ou moins longs . Pour notre part, nous n'avons pas remarqué un état de saleté beaucoup plus importante qu'ailleurs (consultations d'urgence en hopitaux généraux par exemple) Le plus frappant est qu'il s'agit le plus souvent de sujets jeunes dont on s'imagine qu'ils portent grand soins à leur apparence. On assiste

parfois à une néglicence progressive qui peut confiner à un état de clochardisation.

Qouiqu'il en soit des soins corporels, il semble qu'on pourrait parler d'incurie dans le mode d'investissement de l'enveloppe corporelle : tout le plaisir provenant de l'intérieur du corps ; ce qui peut être à l'origine de l'état de négligence extrême qu'affichent certains.

Outre l'aspect esthetique (encore qu'il y ait trés souvent une certaine recherche vestimentaire) cela peut se ressentir dans une négligence dans la technique d'absortion du toxique ; là se situe un des risques somatiques les plus importants ; sans doute plus important que celui entrainé par le toxique même. L'injection dans des conditions septiques peut entrainer les desordres les plus graves depuis le simple abscés au point de l'effraction cutanée, jusqu'à une septecicemie généralisée.. Mais aussi des icteres dûs à une hépatite " à la seringue" qui, sur un foie déjà sensibilisé par les toxiques peut entrainer une cirrhose post hépatitique. Celle ci évolue pour son propre compte même aprés l'arrët de l'intoxication. La mort survient dans un délai de quelques mois dans un tableau d'insuffisance hépatique grave. Il est vraissemblable que ces cas ne figurent pas dans les statistique des toxicomanies ayant entrainé la mort. On peut voir dans ces complications les conséquences de l'incurie que les toxicomanes portent à leur personnes physiques.

Il est surprenant de constater le haut niveau de connaissance

qu'ils ont de ce genre de risques. En effet, beaucoup d'entre eux ont fait au moins un ictere et ont consulté à ce sujet ; ou bien quelqu'un de leur entourage a présenté un trouble analogue. A ctte occassion ils ont été informés des dangers des injections septiques. Malgre cela; on voit réapparaitre ; chez les mêmes cette négligence qui s'accroit progressivement prenant appui sur la rebherche d'un plaisir qui interesse uniquement l'esprit ou l'intérieur du corps au mépris de l'enveloppe corporelle.

Cette attitude, consciente, presque provoquante, ne peut elle considérér comme un équivalent suicidaire compte de la degradation physique et morale qu'elle entraine ?

Ou bien, comme nous le verrons plus tard, cela fait-il partie d'une réponse trop rapide à un besoin de plus en plus urgent.

On ressent la disproportion apparente entre le risque somatique (souvent mis en avant) et les moyens de répression ou de prévention mis en oeuvre. Ils paraissent justifiés par l'augmentation progressive et de plus en plus rapide des toxicomanes. Cependant la diversité des moyens. leur apparence répréssifs accentue encore, si cela est possible, la scission entre le "déliquant" et cette société qu'il rejette. Et même entérine ses positions et en quelques sortes lui donnent raison.

En effet, mieux que quiconque, les toxicomanes connaissent les risques qu'ils encourent. Toute répréssion "thérapeutique, tout sevrage forcé, apparait comme inéfficace et l'éloigne d'autant d'une "sociothérapie" dont on reconnait qu'elle seule sera susceptible de lui apporter

un secours efficace et durable. Tant que l'autorité leur permet de souligner "l'incompréhension" dont ils paraissent l'objet, il apparait difficile à ceux qui la représente (juges et même médecins) d'établir un contact valable.

Ceci nous raméne par le "vous ne pouvez pas comprendre" à l'isolement du suicidant jeune parmi les siens. Son langage passe, nous le verrons par la tentative.

Nous avons donc étudié les cas personnels que nous avons pu observé :

1) chez des toxicomanes ayant effectué au moins une tentative de suicide

2) chez des suicidants toxicomanes ou ayant à un moment de leur histoire abusé de drogue (alcoolisme exepté).

# MATERIEL D'ETUDE

SUJETS HOSPITALISES DANS UN ETAT GRAVE POUR TENTATIVE DE SUICIDE

| | SEXE | AGE | MOYEN SUICIDAIRE | TOXIQUE HABITUEL | MOMENT DE LA TENTATIVE SUICIDAIRE PAR RAPPORT A L'INTOXICATION | CAUSE INVOQUEE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LEH... | H | 22 | DIGITALINE | L.S.D. ABSORBTION | FIN | DECEPTION DE LA DROGUE |
| DID... | F | 19 | SONERYL | HASCHICH FUME | PENDANT | SANS CAUSE |
| BAR... | H | 23 | CORYDRANE | COCAINE INJECTION | FIN | DECEPTION DES TOXIQUES |
| LAP... | F | 25 | BELLADENAL | HEROINE INJECTION | FIN | DECEPTION DES TOXIQUES |
| RAI... | H | 20 | IMMENOCTAL | HEROINE INJECTION | PENDANT | DECEPTION |

SUJETS NON HOSPITALISES

| | SEXE | AGE | MOYEN SUICIDAIRE | TOXIQUE HABITUEL | MOMENT DE LA TENTATIVE SUICIDAIRE PAR RAPPORT A L'INTOXICATION | CAUSE INVOQUEE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ELE... | F | 17 | OVER DOSE | ETHER INHALATION | AU MILIEU | SENTIMENTALE |
| MIK... | F | 41 | BARBITURIQUES + ALCOOL | HEROINE INJECTION | AU MILIEU | CANCEROPHOBIE |
| ROU... | M | 43 | VALIUM | POLYINTOXI-QUE INJECTION | AU MILIEU | DELIRE PSYCHOTIQUE |
| LOR... | F | 16 | BARBITURIQUE + ALCOOL | TRICHLORE-ETHYLENE INHALATION | AU MILIEU | DECEPTION DU TOXIQUE |
| LEF... | M | 29 | OVER DOSE | AMPHETAMINES INJECTION | AU MILIEU | DECEPTION DU TOXIQUE |

SUJETS NON HOSPITALISES

| | SEXE | AGE | TOXIQUE HABITUEL | MOYEN SUICIDAIRE | MOMENT DE LA TENTATIVE SUICIDAIRE PAR RAPPORT A L'INTOXICATION | CAUSE INVOQUEE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AVE... | M | 23 | AMPHETAMINES INJECTION | OVER DOSE + ALCOOL | AU MILIEU | DECEPTION DU TOXIQUE |
| BRO... | F | 42 | BARBITURIQUES ABSORBTION | BARBITURIQUES | AU MILIEU | DEPRESSION DECEPTION DU TOXIQUE |
| AND... | F | 21 | MORPHINE INJECTION | 1 TS Se jette sous une voiture 2 TS (15ans) Gardenal | AVANT | NON PRIT PLUS |
| X.... | M | 16 | LSD ABSORBTION | SE JETTE SOUS CAMION | AVANT | PAS DE CAUSE |

Sur 70 observations :

50 cas ont été vus à la consultation de l'hopital Fernand Vidal.
Consultation libre ; organisée par le Docteur Piva (Service du Professeur Fournier)
Vue la difficulté bien connue d'approche de cette population, il résulte que :

1) certains n'ont été vus qu'une seule fois

2) d'autres à plusieurs reprises

3) d'autres suivis réguliérement dont on connait le devenir

4) d'autres enfin hospitalisés en (dispensaire par exemple)

pour une tentative de désintoxication.

- 15 cas ont été vus dans divers service dopsychiatriques et dispensaires.
- 5 autres cas ont été hospitalisés aux urgences pour un coma, et vus ensuite par les psychiatres de l'hopital (Soubrier et coll.)

Parmi ces 70 cas, 13 ont réalisés une tentative de suicide authentique. C'est à dire reconnue comme telle par le sujet lui - même.

Parmi ces derniers nous avons essayé de déterminer dans le tableau suivant : l'âge, le sexe, le toxique habituellement employé, le moment de l'intoxication où s'inscrit la tentative, la cause invoquée.

Parmi ces 15 tentatives de suicide, nous trouvons trois adultes; la population des 70 cas en comportant 5 en tout. L'un des 3 présente des traits psychotiques importants qui l'ont amené à effectuer de nombreux séjours en milieu psychiatriques pour "délire de persécution".

La seconde à séjourné également plusieurs fois à l'hopital psychiatrique pour de multiples tentatives de suicide médicamenteuse. Il s'agit d'une héroinomane qui réagissait de cette façon à la difficulté à s'approvisionner en toxique.

La troisième (toxicomanie aux barbituriques) exerce deux ans un chantage au suicide continuel auprès de son thérapeute.

Nous laisserons à part le premier cas où la toxicomanie représente un élément d'une psychose grave évoluant de longue date. Chez les deux femmes, nous remarquons certes une dépendance au toxique, mais aussi au milieu médical qu'elle atteignent par leur tentatives répétées ou leur menaces. Elles témoignent d'une grande instabilité émotionelle, d'une difficulté d'identification ; d'une faiblesse du Moi qui peut faire rentrer leur troubles dans le cadre nosographique de l'hysrérie. L'immaturité affective qu'elles affichent permet-elle de penser qu'il s'agit "d'adolescentes attardées." ?

Ceci pose le problème des adultes toxicomanes et de la liquidation de leur position d'adolescent. Remarquons en outre que, chez ces deux femmes, le suicide tente de pallier à une déception du toxique qui pour autant n'est pas abandonné.

Ceci nous amène à considérer les autres cas dont l'âge se situe entre 16 et 26 ans. Si le début de l'adolescence est relativement aisé à déterminer, (le début de la puberté) il n'en est pas de même pour délimiter l'âge auquel elle se termine. Nous considérons avec A. HAIM que la fin de cette période se situe, dans notre société actuelle, entre 20 et 25 ans.

Ainsi les 12 sujets de nos observations se trouvent dans le champ de l'adolescence.

## I LE TOXIQUE EMPLOYE ET SA PRISE.

La plus part du temps, il s'agit de polytoxicomanie, suivant les possiblités d'approvissionnement suivant la diminution d'effet obtenu par un produit donné. Cependant généralement une drogue particuliére est privilégiée. C'est celle ci que nous avons indiquée.

LE mode d'absorbtion :

a) injection : 5 cas

Amphetamines : 2

Morphine : 1

Cocaïne : 1

Héroïne : 2

b) Inhalation : 3 cas

Ether : 1

Trichlorethilene : 2

c) Absorbtion : 2 cas

L S D

d) Fumeur de haschich : 1 cas

L'injection est donc le moyen le plus employé. Remarquons à ce sujet que l'effraction cutanée est elle même ressentie comme un plaisir. Nous mentionnerons seulement ici l'aspect symbolique que peut représenter la seringue. On a pu assister à des voyages par simple perforation veineuse, sans injection.

Quant à la nature du toxique, ils sont aussi variés que dangereux.

II LE MOMENT OU LA TENTATIVE DE SUICIDE SURVIENT.

1) Avant l'intoxication : 2 cas

Ces deux patientes assurent avoir trouvé dans la drogue une raison de vivre ; et surtout une solution à leur angoisse. Il est intéressant de remarquer que les deux tentatives se sont produites aux environ de 15 ans, et que le moyen choisi fut le même se jeter sous une automobile. Il s'agissait d'une impulsion subite dont elles n'ont pas pu différer l'éxécution. Nous verrons combien cela rappelle l'urgence du besoin de drogue chez le toxicomane.

2) Après l'intoxication : 3 cas

Ce furent les tentatives les plus importantes : tous arrivèrent en urgence et furent hospitalisés dans le coma.

Chez ses trois malades la dépendance au toxique avait déjà disparu avant le passage à l'acte. Ils avaient d'eux même pratiquement mis

fin à leur toxicomanie ; n'éprouvant pas le plaisir escompté.

3) au cours de l'intoxication ; 6 cas

Il s'agit de sujets dont la tentative s'inscrit dans l'histoire de la toxicomanie

Dans 1 cas, le moyen choisi fut une injection massive d'amphétamines au cours d'un "voyage", dans un délire hallucinatoire. Le sujet était habitué à pratiquer le système de l'over-dose, et connaissant sa propre résistance physique. Elle a été subitement prise d'un violent désir de mourir dans une espèce de joie libératrice. Depuis elle a repris le mode d'intoxication antérieur, considérant cet épisode comme un accident de parcours. Il ne s'est d'ailleurs pas renouvelé même pendant les over-doses. On peut se demander comme elle le suggère elle-même, si le produit fourni, dont elle savait seulement qu'il s'agissait "d'amphé." présentait sa composition habituelle.

Dans 1 cas il s'agit d'une tentative réactionelle à la séparation d'avec son ami, beaucoup plus âgé qu'elle, lequel est parti emmenant leur enfant . Au demeurant, elle s'estime satisfaite des inhalations d'éther répétées auxquelles elle est très attachée.

Ces deux premières patientes ont utilisés l'over-dose ; elles sont les seules.

Dans les 4 autres cas, la tentative s'inscrit dans une prise de conscience pénible de déchéance. Elle s'est faite solitairement et ne se situe pas pendant la période d'un état de manque.

III LA CAUSE INVOQUEE DE LA TENTATIVE.

Mise à part la dépression réactionelle que nous venons de voir et les deux sujets qui n'ont plus d'idées de suicide depuis le début de leur intoxication, l'ensemble des autres est unanime : la drogue dans laquelle els mettaient de grands espoirs, leur a causé une telle déception que la seule issue possible semble la mort.

IV LE MOYEN EMPLOYE

Over - dose : 2 cas

Barbituriques 3 cas

les autres moyens sont divers : digitaline, corydrane, injection massive d'opium, belladenal, accident de voiture.

Les deux cas d'over-dose concernant les sujets satisfaient de leur toxicomanie. Les tentatives se sont produites l'une par réaction a un abandon, l'autre, au cours d'un delire hallucinatoire.

Tous les autres, par le moyen employé, se sont démarqués des toxiques et ne les utilisent pas pour se tuer. Bien qu'on parle de l'over dose comme devant faire parvenir à la mort idéale. Cette drogue les a déçu

n'est plus digne de la faire mourir. Ainsi la scission entre le toxicomane et son toxique a débuté ; ce dernier est reconnu comme frustrant, comme mauvais objet.

## EXEMPLES D'OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur CROU... 23 ans, gardien de nuit dans une entreprise, vient consulter, amené par son employeur. Il accepte l'hospitalisation parce qu'il ressent des malaises diurnes à type de lypothimies, et surtout il se plaint d'une importante perte de mémoire qui va en s'accentuant.

Le premier contact avec la drogue a eu lieu au cour d'un voyage en Turquie en août 1968. Arrivé avec une amie, recrutée lors d'un passage en Allemagne, il se lie sur place d'amitié avec un européen. Sa compagne rentre en europe, il reste en Turquie. Son compagnon l'initie à fumer du haschich. Pui ce seront les amphétamines, tout d'abord par voies orale, ensuite par injection intra veineuse.

Au cours d'un voyage au maroc il passe deux mois en prison avant d'être expulsé pour séjour irrégulier. Pendant cette emprissonnement il déclenche un état de manque important qu'il present. comme un épisode de dépersonnalisation ; il se tape la tête contre les murs avec l'impression que quelqu'un le "vide par l'intérieur". L'amélioration spontanée de ces troubles lui permet de rentrer en France.

A partir de ce moment il se met à suivre divers groupes de jeunes d'abord à Lyon puis à Paris, pour se procurer de l'argent afin d'obtenir de

de la drogue, il commence son travail de gardien de nuit, en refusant de reprendre son ancien travail de peintre en batiment. Aucune précision n'a pu être donnée pour ettayer cette décision.

C'est à Paris que débute les premiers troubles physiques.

Seule l'action préssante de son employeur a pu ledécider à consulter un médecin qui lui a conseillé l'hospitalisation.

L'histoire de son hospitalisation est raconté sur un ton monocorde et dépourvu de toute tonalité affective. Le plus surprenant est la description lente et minutieuse de l'épisode de la prison marocaine qui dit avoir resssenti avec angoisse mais relate avec indifférence.

Biographie.

Né en 1947, il perd son pére avant sa naissance. Jusqu'à 5 ans il ne connait sa mère dont il est le fils unique. Quant il atteint 7 ans cette derniére se remarie. Le beau ère parait bien accepter jusqu'à la naissance des fréres et soeurs.

A l'âge de 10 ans il se sent délaisser au profit de ses soeurs et fréres. Pour attirer l'attention et inquité sa mére çl invente un jeu : "le jeu du pendu..". Cela consiste à s'installer au fond de la grange, étalé en bas d'une chaise, un ceinturon lui serrant le cou , tirant la langue comme un suicide par pendaison. Dans cette position il attendait d'être découvert ;

il éprouvait un grand plaisir a contempler le visage effrayé de sa mère. Le jeu a été répété plusieurs fois, malgré les punitions qu'il encourait.

A l'âge de 13 - 14 ans, les heurts avec son beau pére deviennent incessants ce qui motivera son départ pour venir travailler à Paris ; d'abord dans une boucherie puis dans une entreprise de peintre en batiment.

Il s'engage pour 5 ans dans la légion étrangére ce qui restera parmi ses plus beaux souvenirs. C'est au sortir de la légion qu'il entreprend sa vie érrante, de groupe en groupe, de pays en pays.

Deux points restent à préciser ; depuis l'âge de 18 ans net à point éthéylique qui augmente considérablement pendant les périodes de sevrage. D'autre part, les activités sexuelles furent réduites, dites " hygiéniques". Depuis le début de l'intoxication elles ont totalement cessées A aucun moment il n'a eu l'idée de se suicidér.

On remarquera chez ce malade, le type de rapport qu'il nous avec les hommes de son entourage. Son enfance troublée par l'arrivée de son beau pére, l'épisode de son service militaire, prolongé volontairement dans la légion et qui semble être le seul moment heureux qu'il ait vécu. Enfin, s'il a été initié à la drogue par un ami, c'est son employeur qui réussi à l'amener à consulter. ..., Le peu de Passion de ses rapport sexuelles, leur faible fréquence, l'abandon final font penser à des problèmes face à une homosexualité latente mal investie. Par ailleurs on note des éléments dépressifs : le ton monocorde et triste des manipulations de l'idée de mort, enfin l'épisode du

" jeu du pendu". Mais ces thémes ont cessés depuis le début de l'intoxication.

Pour consulter, sa motivation premiére avait été la désintoxication ; puis à la fin de l'entretien, il ne s'agissait plus que de le débarasser des malaises qui le génaient ; et si possible de lui permettre de diminuer les doses du toxiques ; de le sensibiliser.

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle LAP ... Marie Héléne, 24 ans hospitaliséepour intoxication volontaire par belladenal. La tentative a eu lieu su son lieu de travail aprés absorbtion d'une grande quantité de vin blanc " pour se donner du courage

Depuis 7 ans cette jeune femme travaille comme technicienne dans un laboratoire de la faculté de médecine. Surchargé de travail, elle se trouve seule au sous sol dans un laboratoire de chirurgie expérimentale. Là, elle fait tout, depuis laver le carrelage jusqu'à taper les raports à la machine en passant par les cultures de tissus et stérilisations.

Elle ne se sentait pas assez capable pour satisfaire à l'ensemble de la tâche, n'y parvenait pas dans les horaires prévus, et sortait toujours en retard.

Vie personnelle :

Depuis trois ans, elle connaissait un homme de 47 ans , divorcé, qui avait trois enfant à sa charge. (deux garcons de plus de 25 ans et un garçon de 8 ans).

Tout allait à peu prés bien jusqu'en octobre 1970, depuis cette date, les dispute se font plus frequentes. Le plus souvent parce que la jeune femme refuse de partir avec son ami comme prevu en vacances à cause de l'enfant qu'il veut emmener

Actuellement, elle refuse toujours de prendre cet enfant si éventuellement ils se mariaient. Cela parce que, dit elle jalouse de l'affection que son ami porte à l'enfant.

Ainsi, ils se disputaient trés souvent. Les retards qu'elle accumulait à cause de son travail revenaient aussi fréquemment sur le tapis à tel point qu'il partait en Week end sans l'attendre. Cette ambiance devenant de plus en plus aigûe, depuis quatre mois, le sommeil devenait difficile à trouver Elle se traitait depuis cette époque au valium et au belledénal.

C'est dans cet état d'esprit que depuis quelques mois elle pensait de plus en plus à la mort ; mais elle en avait trés peur et ne l'envisageait pas pour elle. Ces idées s'imposaient d'avantage depuis la mort de sa grand mére, et plus encore depuis l'opération de sa mére pour adénome thyroïdien.

Le 29.01.71 en fin d'aprés midi aprés toute une journée de travail la lassitude fut plus intense que d'habitude et l'améne à envisager d'avaler l'ensemble des comprimés de belledenal qui lui restent. Trés angoissé, elle sort s'acheter une bouteille de vin blanc tout en sachant qu'elle supporte mal l'alcool. Là elle trouve la force d'avaler ces comprimés.

A l'arrivée à l'hopital, dans un coma profond , on note avant toute intervention des traces de piqûres sur les avant bras. Lors du premier entretien , la malade déclare qu'elle ne les portait pas avant son entrée à l'hopital.

Ce n'est que 4 jours plus tard au cours d'un troisiéme entretien, qu'on peut à nouveau aborder ce probléme. Il s'agissait d'injection répétées d'héroine, mais qui restait cependant occasionelles. "Quand çanallait pas",elle choisissait indifféremment champagne, whisky, ou héroïne.

Aucun fait particulier ne motive à son avis sa tentative. Quand on lui demande "n'avez vous pas pour cela songé à prendre de l'héroïne"? Elle répond, "Non, cela ne sert à rien, c'est reculer pour mieux sauter".

Elle termine l'entretien en exprimant son inquiétude d'être renvoyée de son travail auquel elle est trés attachée. Quant à ses parents elle craint qu'ils apprennent sa liaison ; elle n'avait pas osé leur en parler, cet homme étant plus âgé que son pére.

Nous avons choisi ces deux observations parce qu'elles nous paraissent illustrer deux sortes d'individus et deux sortes de démarches différentes. :

1) Motivation de la prise du toxique

L'un, malgré les troubles désagréables qu'il ressent, continue à s'intoxiquer, et parait incapable de se détacher des toxiques. Aucune motivation n'a pu être décelé quant au début ou la poursuite de l'intoxication.

L'autre s'injectait de l'héroîne comme on avale une grande quantité de whisky, "pour oublier". Il est à noter qu'elle a choisi un des produits les plus dangereux, cela à plusieurs reprises, mais qu'elle n'en est pas

devenue une toxicomane "dépendante" pour autant.

2) Dépression

Chez Robert, depuis la découverte des amphétamines, toute idée consciente de mort a semblé disparaitre. Si elle a été manipulé réguliérement et même "pratiquement", comme on l'a vu, l'idée du suicide n'a jamais été abordé. Les seuls moments dépressifs, qu'il a bien voulu concéder sont les "réveils" douloureux de la drogue. Mais on n'a le sentiment qu'à partir du moment ou débute l'action de recherche du toxique, la vie prend un sens pour lui .

Par contre la jeune fille, profondément déprimée, ést préte à tous pour oublier : vin blanc, champagne, whisky, héroïne. L'effet de la drogue n'ayant pas été satisfaisant, l'escalade est rompue, et c'est au belledenal qu'elle tente de se suicider. Pourquoi pas à l'héroïne ?

3) Over-dose et tentative de suicide du toxicomane.

Pratiquer l'over dose, consiste à prendre (en général en injection) une quantité de drogue plus importante qu'à l'habitude (dose dépassée). Presque tous les toxicomanes ont essayé au moins une fois l'over dose. C'est là que se situe le risque le plus important de mort : coma, choc, dépression respiratoire brusque. Ce sont aussi les cas les plus spéctaculaire, car la mort peut survenir trés rapidement, la seringue au bras, en n'importe quel endroit (public en particulier). Ce sont souvent le sujet d'articles retentissants dans la presse.

Parfois l'over dose est involontaire et se produit pour une même quantité de substance. Le trafiquant l'aura par hasard ou par souci d'honneteté désavantage concentré. La plupart des accidents recouverent ces cas.

Le plus souvent l'over-dose est prise spontanément. Elle produit un "flasch" plus intense. Peut on dire qu'il s'agit d'un équivalent suicidaire ?

Certes, le risque est grand et connu de ceux qui appliquent l'over-dose. Lorsqu'ils parlent de la mort, si on leur demande le moyen qu'ils choisieraient pour se tuer, la réponse est immanquablement : "over-dose".

Seulement l'expérience montre que lorsqu'ils tentent de se suicider ils ne mettent pas en application leur décision. En effet , pendant la période où la toxicomanie est acceptée et bien tolérée; lorsque se développe la dépendance physique et psychique; le toxique est le seul objet susceptible d'apporter le plaisir et même le déplaisir. Qui donc pourrait faire parvenir à un état d'anéantissement total sinon ce produit dont on attend tout ; et cela dans une jouissance extrême ?

4) Suicidant ou toxicomane ?

La dépendance à la drogue définit pratiquement la toxicomanie. Cela signifie que le seul objet auquel il soit attaché, qu'il ne puisse se permettre de perdre est le (ou les ) toxiques. Est il encore un toxicomane quand il décide de mettre fin à ses jours par un autre moyen ? Il est devenu un suicidant

Un instant il a cessé d'être un toxicomane par le seul fait d'avoir reconnu un autre objet que le toxique comme capable d'agir sur lui.

Le problème est de savoir s'il ne s'agit pas dès le départ d'un suicidant égaré dans le champ de la toxicomanie.

# LA TOXICOMANIE : PHENOMENE DE L'ADOLESCENCE

Il apparait donc que le suicide et la toxicomanie touchait dans un grand pourcentage l'adolescent.

Dans l'anamnese des différents patients, on retrouve de nombreux points communs (famille pathologique, fugue, dépression plus ou moins grave ...). Ceci nous amène à poser la question : la toxicomanie est-elle un équivalent suicidaire ?

La rencontre avec les toxiques se produit de différentes façons : Curiosité, expériences de groupe; essai de propos délibéres etc.... . Quelque soit le type de cette rencontre, on est frappé du haut degré de conscience de l'individu lors du passage à l'acte. Conscience du danger, de ses conséquences, attrait de ces mêmes danger. Le plus souvent il sagit d'une expérience au sein d'un groupe et dans ce cas on pourrait penser à une maneuvre séductrice, presque une initiation, qui permet l'accés au groupe.

Quel élément motive le candidat à la drogue ? Dans la plupart des cas la premiére expérience est vécue avec une intensité telle (quelqu'en soit le résultat : voyage réussi ou non) qu'on doit reconnaître que le sujet répond à une pulsion angoissante vers un inconnu aprés transgréssion d'un interdit majeur. Peut être est-ce cette transgression qui, au départ, nécessite souvent la présence rassurante du groupe, et expliquerait la défection ultérieure de certain membre vers une toxicomanie solitaire.

Cet inconnu lorsqu'il est atteint, (voyage réussi) est empreint d'aprés différents récits, d'un plaisir tel qu'il s'apparente à l'orgasme. Mais

un orgasme durable qui dans son intensité parait justifier tous les dangers et même la progressive restriction du champ de l'activité qui, à long terme est réduite à une recherche parfois humiliante du toxique: (vol, prostitution, hétérosexuelle, homosexuelle etc...)

Cette déchéance que l'on pourrait apparenter à un suicide lent, reçoit sa compensation dans le plaisir lui même. Seulement, l'expérience montre que "N'est pas toxicomane qui veut" Quelle est cette jouissance dont seuls certains sauraient bénéficier ? Que peut on trouver dans cet "au delà" de la conscience qui procure un plaisir tel que même le terme plaisir n'est plus approprié ?

La jouissance est induite par le sujet lui même ; cette jouissance narcissique résulte d'une régression rapide provoquée par le toxique sur un terrain approprié.

Les sujets accoutumés aux voyages réussis relatent avec luxe de détails ce plaisir solitaire qu'ils se procurent eux mêmes. De sorte qu'avec l'augmentation progressive des doses on touche progressivement à la mort, car elle se situe à deux niveaux :

1) au niveau organique par la pratique de l'over dose ou du flasch qui amène le toxicomane au seuil de ce qui est physiquement supportable.

2) au niveau psychique où le plaisir est tellement intense, tellement

durable que seule la mort apparait comme une issue possible.

Il s'agit donc bien d'un"flirt avec la mort" d'où l'instinct de conservation et les possibilités physiques de l'individu le retiendra ou non du coté des vivants.

Toxicomanie et adolescence.

"La toxicomanie (drug addiction) fait allusion à l'urgence du besoin et l'insuffisance finale de toute tentative pour le satisfaire" (O. Fenichel).

De nombreux analystes y ont vus la satisfaction d'un violent désir oral archaïque. Ce qui a permis le rapprochement avec la psychose maniaco-dépressive dont un des paramétres principaux est la 'fixation privilégiée de la libido à l'étape oraledu développement ". (K. Abraham).

On peut donc être tenté de faire rentrer la toxicomanie dans le champ de la psychose. Ne serait ce que par l"aspect régressif de la personnalité qu'on y rencontre. Seulement il s'agit de troubles qui s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de l'adolescence. Quels sont les points qui, tant chez les suicidants que les toxicomanes, approchent le registre psychotique ?

1) LES MODIFICATIONS CORPORELLES

Le toxicomane perçoit de nombreuses modifications corporelles qui peuvent dans certains cas participer activement au plaisir qu'il ressent. Elles différent d'un individu à l'autre, d'un toxique à l'autre, d'un essai à l'autre. Mais elles ont en commun ce caractère de dépersonnalisation qui les rend angoissante en période récessive, voire en période aigue. Cette angoisse qui ravive d'autres conflits aménera l'individu à "répéter" son expérience comme pour maîtriser les troubles perçus. La recherche d'une meilleure

connaissance de son corps, est souvent invoquée dans la démarche du toxicomane. De même que la découverte d'une potentialité corporelle cachée que le toxique permettrait de mettre en valeur.

Cependant on doit remarquer que, pour mieux connaitre son corps, il le modifie, et on assiste à une démarche essentielle : l'évitement de la réelle connaissance de soi.

Chez le suicidant il s'agit d'une agréssion directe contre le corps et vécue comme telle. Qu'il s'agisse de le supprimer ou de le mutiler. Ce sentiment "d'étrangeté" ressenti au niveau du corps rend urgent le besoin de le détruire. Car son autonomie grandissante devient dangereuse.

Pourtant en attaquant son corps le suicidant reconnait en tant qu'objet incomplet mais, par là même, il s'agit d'une tentative de réconnaissance tacite. Ainsi le suicide pourrait être considéré comme une forme d'affirmation de soi ; témoin les tentatives uniques qui paradoxallement semblent avoir été le starter d'une "psycotherapie réussie".

Ainsi, le toxicomane en le transformant; le suicidant en le supprimant; tentent de modifier leur corps. L'un pour le connaître ; l'autre pour ne pas le connaître. Mais tous deux s'adressent à lui pour lutter contre leur angoisse.

Comment ces divers processus s'inscrivent ils dans les phénoménes de l'adolescence ?

Il a été souvent montré comment, aprés la phase de latence, l'individu se trouve confronté avec ses pulsions, qu"elles soient corporelles ou fantasmatiques. Rappelons rapidement le rôle important joué dans les premiéres années de la vie par les périodes prégénitales pour souligner leur réactivation dans l'adolescence. En effet, le soin de l'adolescent concerne avant tout son propre corps : la quête incessante du "qui suis je ? " ; les heures anxieuses passées devant un miroir pour voir " qui je deviens ? " placent le sujet face à son propre corps dans la recherche de cette identité corporelle. Ce malaise qu'il ressent s'alimente en grande partie de l'angoisse ressentie à propos de la monté de plus en plus pressante de la sexualité ; d'autant plus qu'elle ravive les conflits oedipiens un instant maîtrisés pendant la période de latence.

On peut donc dire que l'adolescent présente un trouble du schéma corporel ; "Qu'il court sans cesse aprés la connaissance de son corps" (Haim). On voit donc que le toxicomane, tout en cherchant à découvrir son corps perçoit une image modifiée qui seule lui parait acceptable. Tandis que le suicidant qui perçoit son corps comme dévalorisant tente de le faire disparaitre.

Les variations d'énergie qui modifient l'intégrité corporelle modifient tout autant l'identité psychique. Le malaise ressenti au niveau du corps l'est également au niveau du Moi. Car, nous l'avons vu, les notions prégénitales sont réactivées, mais maintenant, vécues comme culpabilisantes. Et les diverses aggréssivités seront vite retournées contre le sujet lui-même qui se persécute à la façon d'un mélancolique trainant douloureusement les

auto-accusations qu'il s'inflige.

Ainsi, l'individu se trouve dans l'impossibilité d'expression faite, soit d'impulsion malhabile, soit d'inhibition. Se trouvent donc réalisées les conditions d'un passage à l'acte.

## II LE PASSAGE A L'ACTE

Ce terme a pris toute sa dimension dans le cas du suicide. Souvent on emploie "Il est passé à l'acte" pour "il s'est suicidé". Ce qui souligne le glissement brusque de la manipulation de l'idée de mort à l'acte suicide ; de l'idée à l'action . Le plus souvent le passage à l'acte est l'aboutissement de l'accumulations des échecs. Ce qui explique la fréquente disproportion entre l'acte et la cause invoquée ou supposée. Cependant chez l'adolescent le suicide rentre dans le cadre d'une naturelle "tendance à l'agi" propre à cette période.

Cette impulsivité favorise les moyens utilisables dans l'immédiat. Comme si là encore ; mais cette fois à propos du suicide, la satisfaction devait être obtenue sur le champ ; on conçoit que les actes suicidaires sont moins biens préparés, les échecs plus nombreux. Cependant, quelqu'en soit le résultat, ce passage à l'acte prend l'allure d'une expérience d'autonomie par rapport à l'entourage ; et, par là même d'un essai de langage qui, jusque là paraissait impossible.

Qu'en est il à propos de la drogue ?

Dans les observations que nous avons été amenés à prendre, il nous est apparu qu'avant la première prise de toxique le sujet avait manipulé "l'idée de la drogue". Parfois il s'agissait de prise régulière de tranquilisants. Cependant ces cas débouchent rarements sur une toxicomanie grave qui risque-

rait de mettre en péril l'intégrité physique du sujet. D'autant plus que ces patients bénificient de la complicité plus ou moins volontaire du médecin qui délivre les ordonnances. Cette médiation par le médicament, délivré avec l'assentiment d'un autre, constitue en soi une relation qui maintient généralement le sujet dans les limites d'une"toxicomanie légère".

Le plus souvent cette manipulation est entretenue par des discours d'inspirations phylosophiques, en général au sein d'un groupe. Mais toujours abrité derrière la rassurante idée qu'on tient dans ses mains la possibilité "d'agir" comme "de ne pas agir". Une fois passées les barrières interdites tout est possible : depuis celui qui restera un occasionnaire fumeur de Marijuana, jusqu'à celui qui deviendra un "héroïnomane invétéré".

En écoutant les divers récits qui nous ont été faits, nous avons eu le sentiment que le passage à l'acte ne se situait pas au moment où l'individu "touchait à la drogue" ; mais au moment où il répond à une pulsion telle qu'un acte immédiat doit intervenir pour maintenir son intégrité.

Ainsi, apres les premières expériences, il saura, pour ainsi dire , consciement, si le toxique à répondu à ce qu'il en attendait. De sorte que, quelque soit la qualité du voyage ,

1) l'expérience peut rester unique.
2) l'expérience peut être répétée à ce même titre d'expérience et réellement controlés.
3) Elle sera inlasablement répétée, plongeant le sujet dans un

cycle sans fin. En ce qui nous concerne, c'est seulement dans ce dernier cas que la prise du toxique prend le relief d'un véritable passage à l'acte ; à ce moment il n'y a plus de possibilité reversible.

Ceci nous ramène à ce qui avait été décrit plus haut chez le suicidant Quels sont les points communs (entre suicide et abus de drogue) en ce qui concerne le passage à l'acte ?

1) La notion d'intensité dans l'acte.

De tout temps on a essayé de séparer vrais et faux suicides. On se basait le plus souvent sur le degré de l'atteinte physique et la consistance des motivations. On a également essayé d'éclairer la signification du suicide en "fonctions" suivant le but que le suicidant cherchait à atteindre.

Actuellement l'attitude la plus souvent adoptée est d'envisager toutes les tentatives sous le même angle ; quelqu'en soit le résultat depuis la simple entaille jusqu'au coma le plus profond. Il s'agit pour cela de considérer la prévention comme une des seules thérapies possibles. En effet, qu'il s'agisse d'un simple appel ou d'un désir profond d'anéantissement, cet acte n'en demeure pas moins un langage. "Le suicidant effectue presque toujours son geste par rapport à autrui". (J. Vedrinne)Mais, comme l'a montré A. Hain, cet Autre réel prend à son compte les données les plus archaïques. De sorte que les "fonctions" représentent et les tendances Thanatogénes et la tendance de vie de l'individu (Eros - Thanatos). Cet Autre qu'on appelle

est donc une Autre introjecté : en partie le sujet lui-même.

Nous rejoignons là le toxicomane qui lui plus que tout autre s'adresse à lui - même. Là encore on tente, comme on l'a vu, d'introduire la notion de gravité dans l'utilisation de la drogue. Mais, si on veut, comme pour le suicide se placer dans une optique de prévention, on doit considérer toute expérience de toxique comme un "paralangage".

Dans le cas du suicide, il y aura réponse immédiates de l'entourage ; chez le toxicomane, le sujet trouve la réponse primitive en lui même, source en partie du plaisir. Cela crée un danger supplémentaire car la réorganisation de l'entourage, qui est peut-être le but final recherché, mettra un temps précieux à se constituer.

2) Manipulation de l'idée de mort.

Dans l'adolescence la manipulation de l'idée de mort est quasi constante. On pourrait parler d'une nécessité. Si elle apparait formulée à ce moment de l'évolution, son origine est plus ancienne. On sait que le petit enfant commence par nier la possibilité de la vie comme de la mort, puis qu'il envisage la mort comme provisoire ; une longue maladie. La conceptualisation de la mort ne sera acquise que plus tard à une époque variable, quand le "Moi perdra la possibilité de supprimer un déplaisir réel" (A. Freud) ; l'idée de la mort.

Du sentiment de la mort à sa conceptualisation se situe le chemin

parcouru dans une tentative de maîtrise de l'angoisse de mort. Les psychothérapies d'enfants par les dessins et par le jeu l'ont maintes fois montré. Cependant c'est pendant l'adolescence que la réactivation des pulsions archaïques, et l'apparition de la génitalité organisent la fusion du sentiment confus de la mort et de l'angoisse qu'il procure pour aboutir à sa conceptualisation.

Le jeune prend conscience que son entourage est mortel, que sa propre existence ne s'affirme que dans la perspective de la mort des Autres. Cette idée de la mort sera tournée et torturée sans cesse dans une activité structurante pour le $M_oi$.

Cependant, si presque tous les adolescents manipulent l'idée de la mort, très peu se suicident. La fonction structurante de cette manipulation constitue son action défensive, permettant une meilleure connaissance de soi.

Pourtant, son importance est grande dans certains cas : les suicides phylosophiques et politiques, qu'on a voulu parfois qualifier de normaux. Elle permet une rationalisation et une revendication qui sont autant de pièges tendus au suicidant lui-même, à son entourage, à son thérapeute.

Ce type de suicide nous ramène aux toxicomanes, dont les rationalisations sont multiples et entretiennent une méconnaissance d'eux mêmes et du monde qui les entoure. Mais surtout, les uns et les autres se multiplient ces dernières années et de plus, touchent les mêmes milieux. Seulement les

rationalisations secondaires, tant dans le cas du suicide que celui de la drogue, sont le fruit d'un processus d'élaboration perturbé d'autant plus difficile à déjouer qu'il a été intellectualisé et risque d'entrainer le thérapeute dans une"lutte" stérile avec son patient. Cette élaboration "supérieure" est mise en avant pour tenter de faire oublier que "ce sont les actes les plus intellectuels qui sont les plus proches du passage à l'acte ". (A. Hain)

## III LA NOTION DE SEXUALITE

Comme nous l'avons vu, le passage à l'acte se produit à une période où l'inhibition est extréme, d'autant plus quelle est renforcée par des pulsions angoissantes difficilement maîtrisées. Elles sont en grande partie induites par la génitalité

A l'écoute des toxicomanes, on a le sentiment qu'ils ont parfaitement bien assumé leur sexualité : "aucun problème de ce côté là".
En essayant, avec ceux qui s'y prétent, de comprendre ce que signifie cet "aucun problème, on s'aperçoit que le plus souvent les activités sexuelles ont été progressivement réduites :

- soit d'emblée, comme par extinction
- soit aprés diverses activités perverses (homosexualité en particulier)
- soit qu'elles aient été pratiquement inexistante avant la prise de toxiques.

Rares sont les comportements qui peuvent paraître se rapprocher de la normalité. Généralement on repére une fixation à un conjoint par l'intermédiaire de la drogue. Il réalise dans ce cas le rôle d'un personnage phallique dispensateur de "nourriture".

En fait le corps constitue le véritable but de l'érotisation ; le partenaire est donc exclu. Si le voyage a souvent lieu en groupe, chacun se retrouve seul sur sa "planéte". Il s'agit donc là d'une perversion au sens l

plus classique ; le plaisir est obtenu sans recours à la génitalité. Il a été montré combien la tendance homosexuelle du toxicomane était forte : la toxicomanie comme l'homosexualité cherchant à dénier la castration et se retrouvant dans le champ des perversions. Seulement l'impact produit par le toxique est tel qu'on assiste rarement à une prise de conscience de cette tendance.

Dans cette régréssion vertigineuse, le but à atteindre est beaucoup plus profond. Rapidement, toute relation objectale est abandonnée, et le sujet parviendra à ce stade "oral-passif" narcissique auquel il était demeuré fixé (O. Fenichel). Ce qui explique sa position ambivalente par rapport au toxique considéré à la fois comme bon objet, car absorbé et source de plaisir, et comme mauvais objet car dangereux. (Rappelons à ce sujet les théories de Mélanie Klein à propos de l'ambivalence du nourisson à l'égard du sein maternel). De même l'effraction cutanée de la seringue : douloureuse et dispensatrice de plaisir. D'où les expressions "se shooter", "se défoncer" etc...

Quant au suicidant, son attitude vis à vis de la mort et de l'agent causal n'est pas moins ambivalente. Mais rien ne permet de dire qu'il soit fixé avec cette intensité à un niveau prégénital. Certes, lorsqu'il est adolescent, le passage à la génitalité est ressenti comme douloureux ; mais pour qu'il passe à l'acte il est nécessaire qu'une somme de facteurs l'amène à brusquement se détruire. Nous touchons là peut-être la différence essentiel entre toxicomane et suicidant.

Le premier trouvera dans la drogue le moyen d'aborder la mort, de

"jouer avec elle", de la reconnaître et par là même la tiendra à l'écart. Pour cela il devra abandonner toute relation objectale et il y parviendra car il est fixé dans une position archaïque.

Le second au contraire aura une conscience aigüe de sa relation à autrui, et c'est dans l'impossibilité d'endurer les deuils successifs, de se séparer des objets aimés qu'il opérera un passage à l'acte.

# L A  T O X I C O M A N I E  C O M M E

# E Q U I V A L E N T  S U I C I D A I R E

Certaines similitudes dans les processus suivis par les toxicomanes et par les suicidants, peuvent faire évoquer la toxicomanie comme équivalent suicidaire.

En effet, l'actuelle flambée que l'on voit se développer à propos de la drogue, s'inscrit dans la suite de l'augmentation constante de suicide. Et cela parmi la même population : les jeunes.

Nous préciserons à ce sujet que :

1) 25 % des malades hospitalisés à l'hôpital Fernand WIDAL sont des jeunes.
2) Près de 80 % des toxicomanes hopitalisés sont également des jeunes.
3) Le suicide de l'adolescent représente de 15 à 19 ans la troisième de mort après le cancer et les accidents.
   De 20 à 25 ans, la deuxième entre ses deux causes.
4) Enfin, depuis 1967, les chiffres ont augmentés de 10 % environ.

A la faveur de cette étude, sur les deux conduites auto destructrice que représentent le suicide et la toxicomanie, on peut se poser la question de la drogue comme équivalent suicidaire.

Nous entendons par équivalent suicidaire, une conduite de risque traduisant un désir inconscient de mourir.

Nous avons souligner chez un grand nombre de toxicomane une tendance à l'incurie qui pourrait faire discuter un élément dépressif chronique. Or qui dit dépression ne veut il pas dire possibilité de suicide ?

Sans compter les risques somatiques engendrés par cette négligence.

Par ailleurs, nous avons vu que les suicidants toxicomanes hopitalisés ont employé pour mourir un autre moyen que leur drogue habituelle. (bien souvent barbiturique). Vraisemblablement déçus par elle, ce toxique qui ne les avait pas tuer, ils n'ont pu l'utiliser pour leur suicide. De sorte que le toxicomane semble ne pas voir en son produit un "moyen de suicidaire".

Si, comme nous l'avons vu, ce flirt répétitif avec la mort apparaît, vu de l'extérieur comme dangereux, lorsqu'on l'associe avec d'autres symptômes tels que le rationalisme morbide ; il ferait d'avantage craindre une décompensation psychotique.

Il parait donc difficile de parler d'équivalent suicidaire. Nous y verrions davantage un choix fait par un individu très angoissé. Ce clivage entre drogue et suicide prouverait son origine dans la personnalité du sujet souvent fixé à un stade archaïque prémorbide.

## A U T R E S

## A S P E C T S  D E P R E S S I F S

OBSERVATION III

RAN... François, est hospitalisè dans un comas de stade III à la suite d'une absorption massive d'immenoctal (utilisé par son père).

Les motivations qu'il donne à son geste sont trés floues : crainte de partir au service militaire ; manipulation confuse mais constante de l'idée de la mort, difficultés anciennes de contact avec ses parents.

Actuellement ; François vit aves ses parents ; lui, est tourneur, son père est réparateur de machine à coudre, sa mére travaille à l'usine. Il parle de son métier avec dégout, d'ailleurs il ne l'a exercé que six mois . Depuis un mois il est sans travaille et effectue divers travaux pou gagner un peu d'argent : ménage de bureaux, vendanges, etc..

Trés jeune, à fait de nombreuses fugues. La plus importantes ayant eu lieu à l'âge de I4 ans, au cour de laqu le il est venu à Paris voir un ami alors que ses parents habitaient le Sud Ouest.

Le premier contact avec la drogue se produit il y a

I8 mois. Il faisait parti d'une bande dans la région parisienne (où s'est installé sa famille) dont certains membres se droguaient. Il semble que cette initiation n'ait pas posé grand problème et lui est apparu naturel. La bande s'adonnait en outre à divers activités sexuelles en groupe (homosexualité en particulier). Quant à lui il se défend énergiquement d'être un "un vrai homosexuel", mais parle de sa propre expérience dans ce domaine avec le même détachement, que lorsqu'il aborde son expérience des toxiques. Le groupe a été désarticulé par l'intervention de la police mondaine ; l'un de ses amis est actuellement en prison ; lui passe en jugement dans un mois, mais serait couvert par une récente loi d'amnistie.

Pour s"approvisionner, il descendait à Marseille en auto stop pour se procurer des stupéfiants quel qu'ils fusse ou bien, avec de fausses ordonnances il achetait de l'elixir parégorique qu'il s'injectait, aprés une distilation, par voie intra veineuse. Depuis l'anéantissement de son groupe il éprouve de trés grande difficuLté pour s'approvisionner. Il a progressivement restreint son champ d'activité jusqu'à ne plus sortir de chez lui, pour "ruminer et penser toute la journée".

Lors d'un autre entretient, il décrit son p're comme

rigide qui malgrés tout aimerait dialoguer avec son fils, mais François se sent culpabilisé de parler avec ses parents, qui sont "de bons parents malgres tout". "Il ne comprendrait pas que j'aie envie de me tuer ou de me droguer ceci lui permet d'exprimer un certains nombres de mobiles à son angoisse : depuis toujours il a été pris du désir irrésistible de changer d'endroit ou qu'il se trouve, avec l'impression d'être bien nul part. " D'ailleurs quant on voi ces gens dans la rue qui sont des robots... Je préfére ne pa rester dans une piéce enferme , même dans le métro..." L'entretient se termine sur une note dépressive ou il s'avére que la drogue est décevante et qu'il ne reste plus grand chose pour être heureux.

OBSERVATION N° IV

BOUR... Roger 22 ans.

Est hospitalisé le 26.01.71 pour intoxication au trichloroethilene aprés une inhalation de I litre ½.

Dés le début du premier entretient le patient nie avoir eu l'intention de mettre fin à ses jours, mais cependant demande pratiquement un soutient psychologique.

Le contact est aisé, le ton plustot amical et agrémenté par un léger sourire désabusé.

Né en 1943 de père inconnu, il vécut jusqu'à l'âge de 5 ans chez une tante. Sa mere le reprend ensuite et lui infligeait de nomoreux sévices : punitions corporelles, on le laissait à genoux plusieurs heures durantes, lui mettait la tête sous l'eau quand il ne voulait pas manger etc...

Quand il atteint I2 ans sa mère se remarie. L'entente avec le beau père est excellente d'ailleurs il le nomme "mon père". Cet homme se tua dans un accident de voiture quand Roger à I7 ans.

La il retourne chez sa tante qui, (pour ne pas avoir d'ennuis) , le fait émanciper. En I an il passe un diplome

de comptable, et travaille chez un armurier.

A 19 ans il effectue son service militaire en Algérie au Sahara, et rencontre des amis qui lui proposent de travailler en Afrique. Ce sera le premier contact avec la drogue. Tout d'abord avec l'inalation à l'éther avec rapidement sensation de manque.

A partir de ce moment il effectue une série de voyages en particulier en Inde ou il s'initie aux injections d'opium intraveineuse.

Le souvenir de cette période est vécue de façon ambivalente : " je n'étais pas comme les beatnicks , à me droguer pour le plaisir, c'est un besoin pour m'extériosriser.

A 22 ans , tentative de suicide par phlébotomies "J'étais amoureux d'une fille, j'étais jaloux, je me suis saoulé".

A 25 ans il rencontre sa femme en passant une annonce dans une auberge de jeunesse pour un voyage en Inde. Fille de pasteur et d'intitutrice, institutrice,elle même, elle supportait mal les régles de l'ecole normale. Le soir

lorsqu'elle rentre de son travail, elle présente des crises d'agitation, "mais ne casse rien". Frigide, elle n'a jamais éprouvée le plaisir sexuelle. Pas d'enfant.

Lors d'un autre entretient il aborde ses préoccupations religieuses sur un mode plutôt magique ou se mêle un certain rationalisme. Il conclut que l'étranger l'attire mais qu'il "sebt que ce n'est pas bon pour lui".

Il termine l'entretient en précisant que l'inhalation des toxiques avait duré presque 24 heures, qu'il pensait qu'il avait voulu se suicider et demande à nouveau une prise en charge.

OBSERVATION N° V

BAR... Bernard

Admis dans un comas de stade III pour intoxication massive imménoctal et à l'éther.

Il sagit d'un sujet calme, souriant, se prétant volontier à l'enretient, y ajoutant semble t-il un certaine affectation tout en se décrivant comme sensible ou timide.

Il a entrepris depuis trois ans des études d'histoire de l'art à la faculté. Il se présente comme ayant toujours été solitaire. Quant il a onze ans son pére meurt brusquement d'un infractus du myocarde. Immédiatement aprés il est placé dans une pension ou il poursuit sans histoire ses études, mais toujours solitaire. Aprés le bacalauréat il décide d'apprendre l'histoire de l'art. Cette période lui parait la plus agréable de sa vie. Il vit seul àParis dans un studio, largement, sa mere et son oncle survenant à ses besoins.

En janvier 1969, il fume avec des amis de rencontre du haschich. Puis prend de la cocaïne. Devant les efrets désastreux, il s'arrête lui même. Depuis il présente sa vie sans grand intéret aussi bien pour lui que les autres. Il

met sa difficulté de contact avec les autres et en particulier avec les femmes sur le compte d'une acnée qu'il présente depuis l'âge de 15 ans. D'ailleur il ne tient pas à avoir de liaison, il recherche chez autrui le moyen "disserter" .

Depuis huit jours il avait pris la décision de se tuer. Il avait assez vécu, assez joui de la vie. Pourtant, pendant cette période il a continué à mener une vie pratiquement normale voyant les uns et les autres, tout en sachant qu'il allait mourir.

Le jour fixé, il passe la soirée chez des amis, danse, bois, puis rentre chez lui, avale quinze comprimés d'imménoctal ouvre le gaz, et se met un tampon d'éther sur le visage.

Lors d'un entretient, il aborde ses habitudes de vie. Il aime les livres classiques, mais surtout métaphysique, boit beaucoup d'alcool mais seulement quand il est avec des amis. Quand à la faculté depuis 1968 il perd son temps.

Depuis longtemps sa vie n'a pas de sens. Surtout depuis qu'il a perdu la foi quand son père est mort. " Seul la religion permet de respecter la vie."

Ces trois observations complétent la série de cas de toxicomanes ayant fait une tentative de suicide qui les ont amenés à une hospitalisation. Ce qui a permis cette population fluctuante une approche plus étroite, encore que bien incomplète de ces sujets.

i) Le degré de l'intoxication.

Dans ces trois cas, l'imprégnation par le toxique était relativement modérée.

Tous avaient amorcé un sevrage, qu'il soit volontaire ou forcé. Les motivations de ce sevrage sont diverses, cependant dans les trois cas, il se produisait en dehors de tout signe d'un syndrome de manque. Il semble donc que ce soit au décours de ce sevrage dont les motivation ont été relativement bien investies, que sont apparus les éléments dépressifs que nous avons soulignés dans les trois observations, et qui ont abouti au passage à l'acte.

Le fait que cette période n'ait à aucun moment été troublé par un symptome habituel du à l'état de manque, peut poser la question de l'utilisation de l'état de manque comme moyen défensif contre la dépression. Rappelons à ce sujet que les traductions physioliques et mêmes biochimiques de l'état de manque n'ont pas été prouvé. Au contraire, les études

somatiques, (GAUTHIER, BISTUH, et Coll...) ont montré que longtemps aprés toute disparition de signes objectifs de manque, le sujet pouvait présenter (au décours d'une cure de sommeil par exemple) un désir impérieux de drogue traduisant ainsi sa psyco dépendance ; alors qu'il affiche apparamment tous les symptomes extérieures d'un état de manque aigu.

2) Le rationalisme morbide.

L'un "rumine pour penser"; l'autre est " attiré par l'étrang et par la métaphysique"; l'autre enfin n'envisage les contacts avec autrui que pour " disserter." Tous regrettent d'avoir perdu la foi religieuse et sont attirés par le mysticisme et semblent s'y perdre.

Cette tendance au rationalisme a déjà souvent été soulignée. Ici pourtant, nous remarquons qu'elle est liée l'action culpabilisante de la religion et qu'elle est dans les trois cas immédiatement introduite aprés l'exposé de thémes dépressifs.

Ceci différe des toxicomanes habituels non suicidants que nous avons été amené à voir. En effet, généralement le rationalisme est apparamment utilisé pour convaincre. Que soit l'interlocuteur ( médecin, autre toxicomanes ...), que

ce soit le sujet lui même. Cela dans une perspective plus ou moins proselitique, qui tend à démontrer l'impossibilité de vivre dans le monde actuel et l'inévitable aboutissement à la crise de toxique. Dans les cas qui nous occupent, le rationalisme est au contraire semble t il en rapport étroit avec les éléments dépresifs et rejoint ainsi le cadre plus général de l'adolescent face au suicide. Inversement on peut se demander la signification chez lestoxicomanes non suicidants de ce rationalisme : ne peut il pas être un signe masquant une dépression d'autant plus angoissante qu'elle semble enfouit plus profondément.

3) L'acte suicide comme appel.

L'appel qui est implicitement contenu dans la plus part des acte - suicide, on peut se demander ici, qu'elle est sa signification, et surtout à qui il s'adresse .

En effet cette tendance au rationalisme que nous venons de souligner peut faire craindre chez les patients une personnalité de type psychotique. Encore qu'aucun signe objectif, délirant ou autre, n'ait été franchement perçu.

Par ailleur, dans l'ensemble de nos observations le passage à l'acte se situe dans une période d'abandon de la drogue.

Il semble donc qu'on ait assisté à un processus de recherche qui débuterait par la prise de toxique, et qui devrait se terminer par le suicide. Cette recherche ne peut elle être associée à la quête d'une défense dont la construction éviterait l'entrée dans la psychose. Telle serait dans ce cas la signification de l'appel contenu dans l'acte suicidaire de nos sujets. Il consiterait donc en une tentative de se placer dans un contexte névrotique permettant une rupture brutale avec le processus dangereux déjà engagé. Sans compter avec le bénéfice que sont susceptible d'apporter les moyens mis en oeuvre face à une tentative d'autolyse.

# A P P R O C H E  T H E R A P E U T I Q U E

L'aspect nouveau que représente en France l'extension des phénoménes de la drogue, et les expériences peu concluantes tentées aux Etats Unis rendant compte de la difficulté thérapeutiques que peut rencontrer le médecin.

Il apparait de toute évidence que les cadres hospitaliers actuels, qu'ils soient psychiatriques ou non, ne sont adaptés à ce genre de patients. La création de certaines unités de soins libres, où les toxicomanes peuvent se rendre de façon anonyme, pourrait être le début d'une prise de conscience efficace du probleme. Leur apparition est cependant trop récente pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises.

Cependant, on peut se demander si les centres susceptibles d'accueillir ces sujets doivent prendre en charge les toxicomanes de façon exclusive.

Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

i) La psychanalyse

Il semble qu'une cure type, si elle est entreprise d'emblée, soit vouée à l'échec (S. Nacht) d'autant plus que la fixation au toxique rendrait douteux le désir d'être analysé.

2) La psychothérapie individuelle.

Si elle est entreprise de façon classique on se heurtera aux mêmes difficultés que prédemment. De sorte que le thérapeute peut, s'il a pu s'assurer un contact ou une ébauche de transfert, être amené à certaines interventions qui peuvent même prendre un caractére actif. Il lui est donc demandé une disponibilité toute parwiculiére qu'il ne pourra assurer que dans le cadre de centres spécialisés.

3) Thérapeutique de groupe.

On s'adresse à une population fluctuante dont l'instabilité est une des caractéristique. L'aspect angoissant que risque de revêtir à certains moments une psychothérapie peut rendre cette instabilité encore plus aigûe. C'est pourquoi une possibilité de " récupération" par l'intermédiaire d'un groupe parait utile.

Pour le suicidant :

Les multiples aspects des tentatives de suicides rendent compte que la prise en charge thérapeutique du suicidant doit revêtir diverses formes.

Là encore la cure type et rarement indiquée. La psychothérapie plus souvent. Mais surtout il semble nécessaire que ce premier contact psychiatrique puisse conformément à sa demande ultérieure lui servir de répère pour l'avenir. N'est ce pas là, dans le lieu thérapeutique, ce qu'on recherche pour le toxicomane ?

Centres pour l'adolescence pathologique. On peut donc se demander dans quelle mesure l'ensemble de ces sujets ne bénéficieraient pas d'être prise en charge dans des centres ou l'ensemble de l'adolescence pathologique serait traitée, ou ils pourraient trouver l'écoute qui leur est nécessaire. Il reste à étudier le danger que représente pour les uns et les autres la possibilité d'un tel mixage; surtout pour ce qu'il en est du proselitisme de la drogue.

# C O N C L U S I O N S

La toxicomanie et le suicide sont deux types de conduite qui se rencontrent de plus en plus fréquemment ; et cela au sein d'une même tranche de population : les jeunes.

Nous avons envisagé la toxicomanie sous l'angle d'une conduite autodestructrice et pour cela nous avons essayé d'évaluer le risque léthal qu'elle fait courir.

Si on se base sur les chiffres communiqués par les organismes officiels, on se rend rapidement compte d'un clivage impressionnant : le nombre de morts recensés, dont la drogue serait une "cause principale ou associée", est dérisoire par rapport au retentissement qu'elle provoque dans les mass-média. De même, le nombre des toxicomanes évalués sur le territoire français est difficile à déterminer et peut varier suivant les sources de cinq mille à cinq cent mille. Par contre on connait sa constante progression.

L'ensemble de ces difficultés d'appréciation rend pratiquement impossible une évaluation objective du risque léthal dans la toxicomanie.

Par ailleurs, de récentes études cliniques apportent une nuance quant au risque somatique couru. Il n'est plus à démontrer la remarquable tolérance de l'organisme humain pour

certaines drogues (opium par exemple), qui n'en provoquent pas moins une accoutumance et une psychodépendance.

Quant aux morts spectaculaires ou accidents graves observés avec des drogues "durcs" (héroïne par exemple), la part n'est pas clairement faite entre une défaillance organique par surdosage involontaire, vu la méconnaissance fréquent des produits injectés et une pratique consciente de l'over-do

Nous nous sommes donc posé la question de voir s'il était justifié d'envisager la toxicomanie dans le cadre des conduites autodestructrices. Il semble en effet que d'un poin de vue objectif cela soit difficile.

Cependant, à l'écoute des toxicomanes, on apprend rapidement que l'addiction aux toxiques est fréquemment sous-tend par l'idée de la mort. Ainsi, le passage à la toxicomanie se présenterait comme une sorte d'équivalent suicidaire chroniqu

Notre étude clinique a porté sur 70 cas de toxicomanes parmi lesquels sont apparus :

1. une série de suicidants ayant un passé de toxicomane,
2. une série de toxicomanes ayant dans leur histoire effectué une ou plusieurs tentatives de suicide.

Nous avons été surpris de constater que, dans la presque totalité des cas, le moyen suicidogène (barbituriques, digitaline etc...) était différent du toxique utilisé habituellement. Ainsi, au moment de se tuer, le sujet abandonne sa drogue, alors qu'au cours de son intoxication, il en attendait tout, même la mort. Cet abandon parait être le signe d'une dépression par dégoût d'un objet idéalisé qui a déçu.

Cette dépression, nous l'avons également perçue à divers degrés, chez l'ensemble des toxicomanes. Or, toute dépression inclut un risque de suicide. Cela nous amène dans le champ plus général de la dépression de l'adolescent, cadre dans lequel se situe les deux types de sujets étudiés (suicidants et toxicoman En effet, l'adolescence contient une série d'activités structurantes (modifications corporelles, manipulation de l'idée de mo passage à l'acte...) qui nous rapprochent du désir du toxicoman comme de l'angoisse du suicidant. Ces thèmes dépressifs perçus chez l'ensemble de mes patients sont d'autant plus sensibles ap abandon du toxique ou au lendemain d'une tentative de suicide.

Au moment du passage à l'acte, le toxicomane, rompant avec son toxique semble pour un temps variable vaincre sa psychodépendance.

Il parait donc difficile de parler de la toxicomanie comme équivalent suicidaire. Nous y verions davantage un choix (entre

drogue et suicide) fait par l'individu angoissé. Le clivage entre toxicomane et suicidant se situerait dans la personnali propre du sujet souvent fixé à un stade archaïque prémorbide.

Dans une perspective thérapeutique, on doit tenir compte du danger qu'implique la dépression et surtout la possibilité de contact qu'elle engendre, pour amorcer une tentative thérapeutique, qu'elle soit individuelle, sociothérapie, ou les deux associés.

Mais vu l'échec des cures-types de psychanalyse dans ces cas (S. Natch) vu la disponibilité toute particulière exigée du thérapeute, il apparait souhaitable d'entreprendre ces diverses activités dans des cadres de soins réservés à l'adolescence pathologique.

Vu le Président de thèse

ABRAHAM K.

Développement de la libido : les états maniaco dépressifs

Payot édit. 225-290

AMOROSO H.

Le monde hallucinant de la drogue

Presse de la Cité, 1vol., 315p. Paris 1970

BAILLY-SALIN P. ZACKLAD M. ,MATHE, KRIEF J.

Amours, délices et drogues : quelques considérations sur le corps, la relation érotique et l'ascèse nirvanique sous l'influence toxicomaniaque.

An. Med. Psych. T2 N°1 Juin 1970 120-126

BALL J.C. URBATIS J.C.

Absence of major médical complications among chronic opiate addicts

Br. J. Addict. 1970, 65, 109-112

BARUK H.

Le problème de la drogue. Causes, prévention et mesures à prendre

An. Med. Psuch. T2, N°1, Juin 1970, 136-139

BEAUCHENE H.

Les toxicomanies

La vie med. 1970, 2, 1527-1528

BEAUDELAIRE Ch.

Les paradis artificiels

BENSOUSSAN P.A. et Coll.

Faits et hypothèses sur l'usage et les abus actuels des substances modificatives de l'état de conscience.

An. Med. Psych. T2, N°1, Juin 1970, 101-107

BENSOUSSAN P.A. JOANNIDES A.A. SOUBRIER J.P.

Notes sur quelques accidents de l'usage incontrolé des psychodisleptiques.

An. Med. Psych. T2 1959 p. 90

BENSOUSSAN P.A.

Quelques remarques sur l'entourage des toxicomanes

Gaz. Med. France, 20 Mars 1970, 77, N°9 2029-2038

BISMUTH C. FOURNIER E. GAULTIER M. PIVA C.

Etat somatique de 80 intoxiqués chroniques par les opiacés hospitalisés à l'hopital Fernand Widal

Société médicale des hopitaux de Paris Séance du 8 NOV. 1971

BORG G.

Le Voyageà la drogue

Le Seuil 1970, 1 Vol., 247p.

CARR C.J.

Man and drugs. Heroin dependance

Arch. Envir. Health, 20, I, 1970, N°80

COCTEAU J.

Opium.

COHEN S.

Acide lysergique : effets secondaires et complication

J. Nerv. Ment. Dis. 1960, 130, 30-39

COHEN S.

Innovative technic of drug abuse. Education and Prévention

Communication faite au colloque international sur la prévention et le traitement des toxicomanes

Lausanne, 8-11 Juin 1970

COHEN S.

L S D 25

Gallimard, 209 P. PARIS 1966

COHEN S.

Les aspects médicaux des intoxications par les hallucinogènes

Gaz. Med. France, 20 Mars 1970, 77, N°9, 1973-1978

COLONNA L.

Toxicomanie et suicide

Rev. du Prat. T.XXI, N°7, 1° Mars 1971 1079-1089

CRESSARD P.

Thèse d'Orléans 1970

Motivations de la tentative d'autolyse

A propos de 230 malades admis au C H R d'Orléans

DALE C. CAMERON

Drug dependance : some rechearch issues

Communication faite au colloque international sur

la prévention et le traitement des toxicomanes

LAUSANNE, 8-11 Juin 1970

DEFER B. Mme K. DILLARD-GRISSER, Mme M. L. DIEHL

A propos de l'épidiemologie du cannabisme en France

An. Med. Psycho. T2, N°1, Juin70 113-120

DENIKER P.

Drogues modernes et toxicomanies nouvelles

Rev. du Prat. T. XX1, N°7, 1° Mars 1971, 969-979

DENIKER P. GINESTET D.

Pharmacologie clinique des drogues donnant lieu à abus

Rapport de la réunion d'information sur les produits toxiques donnant lieu à abus.

17 Janv. 1970, Paris? Monographie I N S E R M, N° 39

DENIKER P. HANUS M.

Personnalité et motivations des toxicomanes

Rev. du Prat. T.XX1 N°7 1° Mars 1971 1063-1079

DENIKER P,

traitement des états dépressifs

Rev. Du Prat. T. XIII 1963 N°25

DESHAIES G.

Psychologie du suicide

P.U.F. 1947

DES LAURIERS A.

Le risque de suicide chez les déprimés

Rev. du Prat. 1963, T XXI N°25

DOTTI A. et Coll.

Facteurs sociaux et familiaux de la pharmaco-dépendance des adolescents

Communication faite au colloque international sur la prévention et le traitement des toxicomanes

LAUSANNE 8-11 Juin 1970

DURAND C.

Toxicomanies

E.M.C. Psychiatrique 1955 37380 A 20 7

DUCHE D.J.

Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent

Entretiens de Bichat 1964

DURCKEIM E.

Le suicide

P.U.F. Nouvelle édit. 1960

EY H.

Le suicide pathologique

Etude N°14 Etudes psychiatriques T II p. 347

I.N.S.E.R.M.

Connaissance et opinions des lycéens au sujet des drogues

Octobre 1971

FENICHEL O.

1933 Theorie psychanalitique des névroses

traduction de M. Schlumberger

Paris P.U.F. 1953

FERDRIERE G.

Pourquoi les jeunes de 20 ans se droguent-ils?

Gaz. Med De France, 20 Mars 1970, 77, N°9, 2009-2010

FOURNIER E.

Possibilités de dépistage des toxicomanies

Rapport de la réunion d'information sur les produits

toxiques donnant lieu à abus

17 Janv. 1970 Paris, monographie INSERM N° 39

FREUD S.

1905 Trois essais sur la théorie de la sexualité

Coll. Idée 1965

FREUD S.

1917 Métapsychologie : Deuil et Mélancolie

Coll. Idée 1969

GAULTIER M. FOURNIER E. GORCEIX A. ZIMBACCA N.

Etude clinique et stastique d'un groupement de mineurs suicidants

Sem. des Hop. de Paris 39° An. N°55 1963

GINESTET D LOO H. OUCHOURLIAN J. M.

Toxicomanie aux hallucinogenes, ses rapports avec la psychose

Rev. du Prat. T. XXI N°7 1° Mars 1971

GOUREVITCH M. KOUPERN IK C. SOUBRIER J.P.

Vers une suicidologie.

Conc. Med. 91 (15) 3051-3060 1969

GORCEIX A. SOUBRIER J.P.

L'empoisonnement volontaire du jeune

Prévention d'une conduite ou surveillance d'une personnalité

III) Congrés pour la prévention du suicide

BALE Sept 1965

GORCEIX A. ZIMBACCA N.

Etudes sur le suicide, le médecin et le psychologue devant le suicidant rescapé

Masson Paris 1968

GONCEIX A.

Le corps, le temps, la mort dans la toxicomanie et le suicide

Med. Leg. et Dom. Corp. Juil- aout-sept. 1971

HAIM A.

Les suicides d'adolescents

Payot édit. 1vol. Paris 1969

HANUS M.

Drogeus et drogués

Bordas édit. 1 Vol. 159p. 1971

HANUS M.

Héroïne héroïnomanie

Perspec. Psychiatr. N°26 p.25 1969

HOLBERG M.B. JANSSON B.

Expérience d'un service ouvert pour les toxicomanes

aux médicaments à Göteborg

Acta Psych. Scand. 1968 44 N°2 172-189

JOANNIDES A.A.

Pourquoi devient-on drogué?

Gaz. Med. France 20 Mars 1970 77 N°9 2031-2016

KLEIN M.

Essais de psychanalyse 1925 1945

Payot édit. Paris 1968

LACAN J.

Ecrits : Le stade du miroir comme formateur de

la fonction du Je.

Seuil. 2dit. 1966 93-101

LAPLANCHE J.

Vie et mort en psychanalyse

Flammarion édit. 1vol. 216p. 1970

LAPLANCHE J. PONTALIS J.B.

Vocabulaire de la psychanalyse (sous la direction de

Daniel Lagache)

P.U.F. Edit. 1 Vol. 512p.

LEWIN L.

Phantastica (1927)

Diméo édit. 1 Vol. 392 p. 1967

LEWIN L.

Les paradis artificiels.

Payot 2dit. Paris 1928

LOO H.

Les toxicomanies actuelles

Thèse Paris 1970 162p.

LOO H. COTTEREAU M.J.

Le petit lexique du toxicomane

Rev . du Prat. T XXI N°7 1° Mars 1971

LEARY Th.

The psychadelic experience

1 vol. University Book.

MALE P.

Psychothérapie de l'adolescent

P.U.F. 1Vol. 1969

MALE P.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent

REV. Du Prat. T. XXI N° 32 11 Dec. 1971

MARCUS C. G.

Le législateur face aux problèmes de la drogue

Gaz. Med de France Mars 1970 N°9 2041-2046

MENDEL G.

Fatigue, dépréssion nerveuse et suicides inconscients

Rev. Med. Psychosom. et Psychol. N°9 (2) 1967

MENNINGER K.

Man against himself

H.B.21 Harvest Book

MOREAU DE TOUR J.

Du hashisch et de l'aliénation lentale

Et. Psych. 1854 Paris

M'UZAN (De)

Acting out direct et acting indirect

Rev. Franç. De Psychanal. : Acting out

XVIII° Congrés des psychanalistes de langue romane

1968 N°5

NACHT S.

Le masochisme

Payot édit. 1 Vol. 1965

NACHT S.

Guérir avec Freud.

Payot édit. 1 Vol. 1971

OLIVENSTEIN C.

Jeunes toxicomanes à l'hopital psychiatriques

Perspect. Psychiat. 1969 4

OLIVENSTEIN C.

La drogue

1 Vol. 190 p. Paris 1970

O.M.S.

Série de rapports techniques N° 312

Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance

14° rapport, Genève 1965

O.M.S.

Série de rapports techniques N° 417

Comité d'experts de la pharmaco-dépendance

Genève 1969

PIVA C.

Contribution à l'étude des toxicomanes.

A propos de 63 cas personnels vus pendant le premier

semestre de la consultation spécialisée de l'hopital

Fernand Widal

Thèse paris 1970 116 p.

POROT A. et M.

Les toxicomanies

Edit. Que saia-je PUF 1968

POROT A.

Toxicomanie

Manuel alphabétique de psychiatrie

P.U.F. édit. 1 Vol. 1965 564-566

RACAMIER P.

Etats dépressifs

Enc. Med. Chir. Psychiat. T.I 37 110 A10 1956

RADO S.

Psychic effects of intoxicants (1926)

Int. J. Psycho.anal. 7 396

ROSENBAUM M. RICHMAN J.

Suicide : The role of hospitality and death wisches

from the family and signifiant others

Amer. J. Psychiat. 126 11 May 1970

ROSENFIELD H.

De la toxicomanie

Rev Fran. de Psychanal.

XXI congrès international de psychanalyse Copenhague Juil 1969

P.U.F. 1 Vol. 885-889

SAPIRA J.

The narcotic addict as a médical portrait

Am. J. med. 1968, 45 555-588

SOUBRIER J.P.

La drogue aux U.S.A.

Med de France N° 207 1971

SOUBRIER J.P.

La prévention du suicide : ni mythe ni tabou mais une réalité

Sandorama Mai 1971

SOUBRIER J.P. CAROLI F.

LA Toxicomanie est-elle un équivalent suicidaire?

VI° Congrès international de prévention du suicide

MEXICO Dec. 1971

STEVENIN

Toxicomanies juveniles

Evol. Psychiat 1972

THOMAS J.

Aspects psychiatriques de l'endormissements

Memoire dactylographié 113 P. Paris 1966

VAILLE C.

Toxicomanie aux stupéfiants. Multiplications des

mesures préventives

Presse Med. 28 Mars 1970 N° 16 755-757

VAILLANT G. E.

Drug dependance and alcohol problem

Am. J. of Psychiat. Vol122 N°7 Janv 1966

VEDRINNE J.

L'intoxication aigüe volontaire

1 Vol Masson 1965

VEDRINNE J. SOUBRIER J.P.

Suicidants, centre de prévention du suicide, "suicidologie"

Journal européen de toxicologie Janv. 1969

WINNICOT

De la Pédiatrie à la Psychanalyse : Objet transitionnel

Payot Paris 1 Vol. 369 p. 109-125

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION

II RISQUE SOMATIQUE DANS LA TOXICOMANIE

1)- Essai d'évaluation du risque de mort chez les toxicomanes

- Statistiques officielles

- Validité

2) Essai d'évaluation du nombre de toxicomanes

-Nombre d'hospitalisation

- Age des interpellés

- Toxique employé par les interpellés

- Essai d'approche

3) Le risque somatique

- Etude somatiques

- L'incurie

III MATERIEL D'ETUDE

1) Etude par cas

- Sujets hospitalisés

- Sujets non hospitalisés

2) Le Toxique employé et sa prise

3) Moment où la tentative de suicide survient par rapport à l'histoire de l'intoxication

4) Cause de la tentative de suicide invoquée

5) Moyen employé

6) Exemples d'observations

7) Conclusions de ces observations

- Motivation de la prise de toxique
- Dépression
- Over dose et tentative de suicide du toxicomane
- Suicidant ou toxicomane ?

IV TOXICOMANIE : PHENOMENE DE L'ADOLESCENCE

1) Introduction

2) Modification corporelle

3) Passage à l'acte

- La notion d'intensité dans l'acte
- Manipulation de l'idée de mort

4) La notion de sexualité

V LA TOXICOMANIE COMME EQUIVALENT SUICIDAIRE

VI AUTRES ASPECTS DEPRESSIFS

1) Exemples d'obersvations

2) Conclusions de ces observations

- Le degré de l'intoxication
- Le rationalisme morbide
- L'acte suicidaire comme appel

VII APPROCHE THERAPEUTIQUE

VIII CONCLUSIONS

IX BIBLIOGRAPHIE